

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**A INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO DOUTRINÁRIO DO SUS: RETOMANDO  
A DISCUSSÃO E CENTRALIZANDO O DEBATE NA PRÁTICA COTIDIANA DA  
INTERVENÇÃO PROFISSIONAL**

**PATRÍCIA FREITAS SCHEMES**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 07 / 12 / 04

**FLORIANÓPOLIS**

**2004**

  
Teresa Kleba Lisboa  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

PATRÍCIA FREITAS SCHEMES

**A INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO DOUTRINÁRIO DO SUS: RETOMANDO  
A DISCUSSÃO E CENTRALIZANDO O DEBATE NA PRÁTICA COTIDIANA DA  
INTERVENÇÃO PROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão Curso, apresentado como  
requisito parcial para a obtenção do título de  
Bacharel em Serviço Social, Departamento de  
Serviço Social, Centro Sócio-Econômico,  
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Célia Tamaso Miotto.

**FLORIANÓPOLIS**

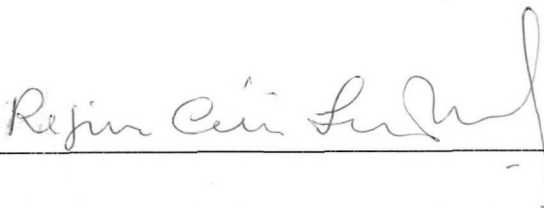
**2004**

PATRÍCIA FREITAS SCHEMES

**A INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO DOUTRINÁRIO DO SUS: RETOMANDO  
A DISCUSSÃO E CENTRALIZANDO O DEBATE NA PRÁTICA COTIDIANA DA  
INTERVENÇÃO PROFISSIONAL**


Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para  
obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**, do Departamento de Serviço Social, do  
Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA:



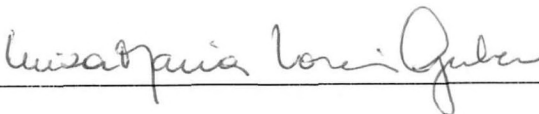
---

Regina Célia Tamasso Miotto  
Professora Dra. Departamento de Serviço Social



---

Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão  
Assistente Social, Ms.



---

Luiza Maria Lorenzini Gerber  
Assistente Social – CRESS – 0968/12ª Região

**Florianópolis, dezembro, 2004**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **DEUS** autor da vida, que me proporcionou tudo que vivi até aqui; guardando-me, guiando-me e consolando-me nos momentos de dificuldades. A Ti Senhor rendo graças por tão grande amor.

À Universidade Federal de Santa Catarina por ter me proporcionado ensino público e de qualidade.

Ao Departamento de Serviço Social, professores, funcionários e bolsistas que de alguma forma contribuíram em minha vida acadêmica. Em especial a Professora Luciana Francisco de Abreu Ronconi, que é um exemplo por acreditar e investir no que faz. Obrigada você contribuiu imensamente.

À Professora Regina que além de orientadora, exerceu por alguns meses uma mescla de mãe, amiga, incentivadora; e que pacientemente me conduziu neste processo. Muito obrigada, admiro-te muito!

Ao grupo de estudos da “Regina”. Obrigada Telma, Cleidia, Fernanda, Gisele e Helena pelo aprendizado. Especialmente a Nara por ter me ajudado a “batizar” este trabalho.

Ao Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, especialmente a Unidade de Internação Pediátrica, onde pude realizar o estágio curricular obrigatório. A assistente social Carmen Lúcia Blasi Villari, e demais funcionários e estagiários da unidade, especialmente a vocês, Marluce, Bi e Carol pela maravilhosa convivência e aprendizado. E as meninas do lactário pelos momentos de descontração.

As colegas de curso Vera e Catarina por sua experiência e sabedoria, Dani e Fer Borba pelo exemplo de dedicação, Michelli pela meiguice e Lidi por ser aquela com quem



mais me identifiquei apesar de ter conhecido apenas nas últimas fases (*gracias chica*).

Obrigada por terem compartilhado comigo tantos momentos bons!

A Ação Júnior e ao PET serviço social pelo aprendizado.

As antigas meninas de casa, Ana e Lídia, hoje irmãs, devo muito a vocês, amoras demais!

As atuais, Mila e Eve, obrigada pela experiência “antropológica” de viver com vocês.

A Elisa minha super irmã. Tão diferentes, mas tanta coisa em comum. Quando crescer quero ser iguala você. Perdoe-me pelos conflitos.

Aos amigos da MEUNI (Missão de Evangelismo Universitário), pelas reuniões e aprendizado. Deus os abençoe!

A Igreja Batista Nacional Cristã de Florianópolis, que me acolheu e me ajudou a caminhar na fé cristã. Especialmente ao Grupo Coral Comunhão; ao Riva, Silvinha e Bella; Dárcio, Nadir, Jessé e Laís; Virginia, Adilson, Levi e Letícia, e Cleusa, Sam, Paula, Lola e Diogo. E também a Telma que se dispôs a corrigir este trabalho, muito obrigada a todos!

Aos amigos de sempre Marcos, Alex, Carina, Fran e Gi. A Cíntia companheira de caminhada, ao João Américo e o Dudu que além da amizade sempre ofereceram carona.

Aos amigos das “antigas”: Sui, Vá, Grazi, Luisinho e suas famílias. Nunca esquecerei do que passamos juntos.

A família Fujihara, pelo carinho e por ter me adotado.

A tia Naldi, tio Altair, Beto e Teco, amo muito vocês!

A Iara minha super amiga, você é demais!

Aos amigos virtuais, agora reais Grey e Rafa (o folgado), pelas conversas na *internet*, e pela curta, mas intensa convivência.

Ao Taybar, meu namorado, por ter compreendido incansavelmente os momentos de ausência, irritação e nervosismo; e por me incentivar e colaborar no meu crescimento pessoal e acadêmico. O melhor agradecimento pra você seria pouco. EU TE AMO!

A toda a minha família, tios, primos que torceram pelo meu sucesso. Principalmente a vó Cema pelas bolachas e pela vó Alzira e o vô Agenor pelo queijo, obrigada pelo carinho.

E propositalmente por último, aos meus pais Nadir e Orli que são os responsáveis por eu ter chegado até aqui. Sei que foi estranho quando disse que queria ser assistente social, mas não poderia ter escolhido melhor. Obrigada por confiarem e acreditarem em mim, e por terem me instruído por caminhos retos. Seus ensinamentos são eternos. Obrigada por me amarem!

Saibam todos que estas palavras foram escritas com todo meu coração. Muito obrigada!

## RESUMO

O presente trabalho apresenta um breve histórico do surgimento do Sistema Único de Saúde brasileiro, em meio à conjuntura de transformações pelas quais o país passava. O foco da discussão está centrado em um dos princípios norteadores do SUS, a integralidade, que é segundo os estudiosos um conceito polissêmico. Para maior compreensão disto, apresenta-se alguns dos significados da integralidade: A Integralidade como Articulação entre Prevenção e Assistência à Saúde, A Integralidade como Prática Profissional Não Fragmentada, A Integralidade como Trabalho em Equipe, A Integralidade como Articulação dos Serviços de Saúde – Intersetorialidade, A Integralidade em Práticas Alternativas e A Integralidade na Formação Profissional.

Em conjunto com a teoria apresenta-se a experiência de estágio curricular na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, em Florianópolis.

Unitermos: Integralidade, Intervenção Profissional, Serviço Social.

*“[...] Amarás o Senhor, teu, Deus de todo o teu coração, de toda tua alma, de todas as tuas forças e de todo o teu entendimento; e: Amarás o teu próximo como a ti mesmo [...]”.*

*(Lucas, 10. 27-28 – Bíblia).*

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>FOCALIZANDO A INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO DOUTRINÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....</b>	<b>12</b>
<b>1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A INTEGRALIDADE.....</b>	<b>12</b>
1.1 Integralidade um Conceito Polissêmico.....	18
1.1.1 A Integralidade como Articulação entre Prevenção e Assistência à Saúde.....	19
1.1.2 A Integralidade como Prática Profissional Não Fragmentada.....	22
1.1.3 A Integralidade como Trabalho em Equipe.....	25
1.1.4 A Integralidade como Articulação dos Serviços de Saúde – Intersetorialidade.....	28
1.1.5 A Integralidade em Práticas Alternativas.....	31
1.1.6 A Integralidade na Formação Profissional.....	34
<b>BUSCANDO A INTEGRALIDADE NA PRÁTICA COTIDIANA DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA.....</b>	<b>39</b>
<b>2 O LOCUS DE ESTÁGIO.....</b>	<b>39</b>
2.1 O Hospital Universitário.....	41

2.1.2 A Unidade de Internação Pediátrica.....43

2.2 A Experiência de Estágio.....44

2.2.1 Família Azul.....46

2.2.2 Família Vermelho.....50

2.2.3 Família Verde.....52

2.2.4 Família Cinza e Lilás.....53

2.2.5 Família Amarelo.....56

2.2.6 Família Laranja.....57

2.3 ANÁLISE.....61

**3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....64**

**REFERÊNCIAS.....66**

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho traz como tema central a discussão de um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, a integralidade; a partir da experiência de estágio, enquanto conceito polissêmico e a maneira como ela vem sendo (ou não) efetivada por meio das políticas públicas.

Este trabalho tem por objetivo principal discutir a integralidade como princípio do Sistema Único de Saúde e apresentar uma revisão teórica a respeito do tema vinculado à ação profissional desenvolvida na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, em Florianópolis.

Tal tema tem sido pouco discutido no âmbito do serviço social e, no entanto pode-se dizer que o assistente social no cotidiano de suas ações trabalha na busca da integralidade no processo de atenção aos seus usuários.

Além disso, é uma discussão que tem se destacado no âmbito da política de saúde, pois como afirma Mattos (2001), a integralidade está ligada a um ideal de sociedade mais justa, afinal ela é um princípio que não se concretizou na vida de muitos brasileiros.

Para tratar, portanto, da temática da integralidade e da experiência de estágio, optou-se por estruturar este trabalho em dois capítulos.

No primeiro capítulo percorreu-se brevemente o caminho histórico de duas décadas, a partir de meados dos anos 80, onde se destacam o Movimento Sanitarista, a VIII Conferência de Saúde, a promulgação da Constituição “cidadã” em 1989 e a criação do Sistema Único de Saúde, com três princípios básicos: a integralidade, a universalidade e a equidade.

O objetivo do trabalho é a discussão da integralidade, aprofundando o tema e alguns de seus múltiplos sentidos, os quais foram elencados como: a integralidade como articulação entre prevenção e assistência a saúde, a integralidade como prática profissional não fragmentada, a integralidade como trabalho em equipe, a integralidade como a articulação dos serviços de saúde - intersectorialidade, a integralidade em práticas alternativas e a integralidade na formação profissional.

No segundo capítulo, discorre-se sobre a experiência de estágio curricular no hospital anteriormente citado, trazendo à discussão o *lôcus* onde este foi realizado, a trajetória da instituição e características do atendimento em geral; também como se dá a atuação do serviço social, com seus objetivos, demandas e programas de intervenção.

Para se compreender a experiência de estágio em si, contextualizou-se o projeto de intervenção e o modo como este foi desenvolvido na Unidade de Internação Pediátrica, bem como as atividades desenvolvidas e a descrição das situações atendidas e encaminhadas. Para dar visibilidade teórica aos pontos descritos, faz-se uma análise das situações familiares acompanhadas, com o referencial teórico adotado no trabalho e também com outros pertinentes ao serviço social.

Por fim, têm-se as considerações finais com as contribuições que este trabalho trouxe e sugestões elaboradas a partir do referencial teórico discutido.



## **FOCALIZANDO A INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO DOUTRINÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Este capítulo trata primeiramente de uma contextualização histórica de aspectos relacionados ao surgimento do SUS e de sua construção nos anos 90. Nessa perspectiva discorre-se brevemente sobre os princípios do SUS, aprofundando o da integralidade e seus sentidos.

### **1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A INTEGRALIDADE**

O Sistema Único de Saúde brasileiro nasce em um cenário histórico de lutas e reivindicações, vinculado a um forte movimento da sociedade civil, de profissionais da saúde, partidos políticos, conselhos de saúde e associações, que se alinhavam em torno de uma proposta que objetivava a mudança na forma de se entender e atender as questões de saúde no Brasil. O período (1985-1988), tem como fundo a busca por um Estado de direito democrático, inclusive com relação às questões de saúde. A luta pela saúde, esteve no bojo.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília em 1986 foi decisiva para o encaminhamento das questões relacionadas à política nacional de saúde. Esta conferência teve como principal resultado a conformação do projeto da Reforma Sanitária, calcada num conceito abrangente de saúde, isto é, como direito de cidadania e dever do Estado na constituição e um Sistema Único de Saúde.

Assim, nessa direção, a VIII Conferência Nacional de Saúde afirma primeiro que:

A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, saúde. E, assim,

antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Segundo que:

O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (RESOLUÇÃO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE Nº38).

Terceiro, a proposta do SUS, enquanto possibilidade de reordenamento da atenção a saúde no Brasil, dentro de uma perspectiva de universalidade.

Com relação a isso Luz (1994, p.136), diz o seguinte:

A concepção de saúde como um “direito civil” – ou seja, como um direito do cidadão e um dever do Estado – é a segunda grande posição de base em relação aos temas específicos da política para o setor. Discutida na VIII Conferência da Saúde, essa questão suscitou acaloradas discussões até outubro de 1988, quando a nova Constituição reconheceu formalmente este direito social de cidadania, tanto tempo postergado pela República.

As proposições da VIII Conferência foram contempladas pela Constituição de 1989 quando foi aprovada a criação do SUS cujos princípios e diretrizes básicas estão descritos nos artigos constitucionais que determinam que:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art.197 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade [...].

Art. 199 – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema

único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convenio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos [...].

Art. 200 – Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar de produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos [...]. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 2001 p. 167).

A implantação do SUS conforme preconizado na Constituição Federal na década de 90 deu-se através das Leis Orgânicas Municipais, da Lei Orgânica da Saúde (LOS) formada pelas Leis n. 8080/90 e Lei n. 8142/90, a LOS normatiza a organização e o funcionamento das ações de saúde.

A Lei n. 8080/90 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde” (WESTPHAL E ALMEIDA, 2001, p. 32). A Lei 8142 regulamenta a participação social, através de Conselhos e Conferências com caráter deliberativo. Regulamenta também a transparência.

Com relação à Lei n. 8142/90:

Essa lei resgatou a proposta de regulamentação da participação social (assegurando os Conselhos e Conferências com caráter deliberativo) e a transferência intergovernamental de recursos financeiros na saúde (Fundo Nacional de Saúde), repasses automáticos e condições para os municípios e estados pudessem receber recursos federais: fundo de saúde, conselho de saúde, planos de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos e planos de cargos e salários (WESTPHAL E ALMEIDA, 2001, p.32).

O Sistema Único de Saúde foi regulamentado a partir do reconhecimento de três princípios doutrinários:

Universalidade – todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal. Deixa de existir com isso a figura do “indigente” para a saúde (brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho).

Equidade – todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme suas necessidades. Os serviços de saúde devem

considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida. Assim os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes. O SUS não pode oferecer o mesmo atendimento a todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares. Se isto ocorrer, algumas pessoas vão ter o que não necessitam e outras não serão atendidas naquilo que necessitam. O SUS deve tratar desigualmente os desiguais.

Integralidade – as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido as mais diferentes situações de vida e de trabalho, que levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não só para as suas doenças. Isso exige que o atendimento deve ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de: Promoção (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação etc.); Proteção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância a saúde e sanitária etc.); Recuperação (atendimento médio, tratamento e reabilitação para os doentes) (WESTPHAL E ALMEIDA, 2001, p. 35).

Esta nova forma de pensar e atender a saúde no Brasil colocou em movimento uma proposta de transformação dos serviços de saúde que vem sendo amplamente debatida a partir dos princípios doutrinários do SUS. Muito se falou nos últimos anos sobre a universalidade e a equidade, porém atualmente é o princípio da Integralidade que vem sendo colocado no centro desse debate. Isto porque segundo Mattos (2003, p. 45) “[...] a Integralidade ainda é um princípio que não se concretizou plenamente no cotidiano de muitos brasileiros”.

Nesta perspectiva é que se traz para esse trabalho a discussão de integralidade em saúde.

A integralidade, como princípio do SUS, vem se destacando nas discussões acadêmicas dos últimos anos; e vem sendo cada vez mais alvo de pesquisas, divulgações, eventos e de estudos de profissionais que desde o Movimento Sanitário estão engajados na luta por garantia e efetivação de direitos aos cidadãos brasileiros, dado ao desafio que este princípio representa para as práticas de saúde.

O tema hoje é divulgado *on line* através de *sites* que trazem aos leitores boletins, informações, as discussões mais recentes e até relatos de eventos. Nesse contexto destaca-se o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), onde estão concentrados pesquisadores que têm contribuído significativamente, na produção e divulgação de estudos relacionados à temática, tais como a promoção do congresso “Cuidado: as fronteiras da integralidade”.

Nesse contexto o princípio de Integralidade tem sido considerado de suma importância uma vez que:

A aplicação deste princípio implica reconhecer a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde – doença conforma uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter – relações com os ambientes natural e social (MENDES, 1995, p.145).

Para Mendes (1995), isso contraria a justificativa técnica adotada pelo projeto neoliberal de separação entre as ações promocionais, preventivas e curativas.

Apesar do reconhecimento da unicidade existente, o conceito de integralidade ainda é pleno de ambigüidades. Por exemplo, Camargo (2003, p.36), afirma que “na melhor das hipóteses [integralidade] é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas”. Nessa direção Mattos afirma que:

Integralidade, no contexto do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, prenhe de sentidos. Nessa [...] - o que é integralidade – talvez não deva ser uma resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa.

Ainda para esse autor:

[...] a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objeto”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001, p. 42).

Além disso, reconhece-se que esse princípio embora não esteja presente na totalidade das políticas, pode ser encontrado no âmbito de políticas específicas como, por exemplo, a política de atenção à mulher e a política de DST/AIDS.

Desde a criação em 1986, pelo Ministério da Saúde, do Departamento de DST/AIDS, foi-se projetando uma política de atendimento aos portadores, pautada no princípio de integralidade, e graças a isso se pode observar que essa iniciativa fez com que a taxa de crescimento da contaminação pelo vírus que era estimada pelo Banco Mundial em 1,2 milhão para o ano de 2000, fosse reduzida pela metade; e as taxas de mortalidade foram reduzidas entre 50% e 70%(LAPPIS, 2004).

Com relação à política de atenção à mulher Mattos (LAPPIS, 2004) destaca o seguinte:

[...] A política da mulher, por exemplo, teve nos anos 80 um grande avanço na Integralidade quando se recusou pensar a mulher exclusivamente como mãe. Isso permitiu perceber a mulher como um ser humano e com especificidades de gênero inerentes à nossa cultura. Houve limites para desenvolver a Integralidade plenamente no campo das políticas, mas já temos algumas conquistas derivadas dessa luta. Um exemplo é a legislação que garante o direito de uma mulher que teve a mama retirada por conta do

câncer poder reconstituir – la pelo SUS. Esse tipo de iniciativa representa uma atitude concreta de Integralidade, porque não se resume à questão de controlar a doença, mas percebe que a reconstituição da mama após uma cirurgia agressiva é uma necessidade na nossa cultura e, portanto está no campo do direito.

Vários autores, dentre eles Mattos, destacam que a integralidade tem vários sentidos, ou seja, é um termo polissêmico (Mattos, 2001) abordado de diferentes focos e por muitos autores. Portanto, abordaremos alguns desses sentidos no decorrer do trabalho.

### 1.1 Integralidade um Conceito Polissêmico

De acordo com a Lei n. 8080/90 a integralidade enquanto princípio do SUS é definida como “a integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, em cada caso dos níveis de complexidade” (PINHEIRO, LAPPIS, 2004). Como já anunciamos o debate sobre a integralidade tem remetido à idéia que se trata de um conceito polissêmico que de acordo com os estudiosos do LAPPIS é plural, ético e democrático. Por isso compreender um conceito dessa natureza implica em analisá-lo nos seus múltiplos sentidos.

Portanto a Integralidade pode ser analisada a partir de diferentes dimensões, dentre elas se destacam: a integralidade como articulação entre prevenção e assistência à saúde, a integralidade como prática profissional não fragmentada, a integralidade como trabalho em equipe, a integralidade como a articulação dos serviços de saúde - intersetorialidade, a integralidade em práticas alternativas e a integralidade na formação profissional.



### 1.1.1 A Integralidade como Articulação entre Prevenção e Assistência à Saúde.

O sentido da integralidade como articulação entre a prevenção e a assistência à saúde, reporta-se desde as implicações legais que isto significa, passando por exemplos de políticas que se destacam por seguirem este referencial, até os desafios para se garantir a articulação entre estas práticas.

O significado legal de Integralidade diz que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo, para práticas assistenciais e preventivas (MATTOS, 2003, p. 52).

As práticas assistenciais dizem respeito às práticas realizadas junto aos sujeitos que necessitam de tratamento imediato para amenizar ou até curar a doença de que estão sendo acometidos. Para tanto a biomedicina se detém em estudar a causa das doenças e o tipo de tecnologia utilizada para combatê-las. Mattos (2003, p. 53) diz que o fato de a biomedicina se deter na questão dos sofrimentos atribuíveis a doença a tal ponto de alguns profissionais negarem o sofrimento do outro que não se reduz à doença, e de negarem também o sofrimento provocado pelas tecnologias de diagnóstico e tratamento, é considerado um reducionismo e é frente a ele que o sentido da Integralidade foi sendo forjado.

As práticas preventivas se distinguem das assistenciais porque nelas o conhecimento sobre as doenças e as tecnologias permitem à biomedicina antecipar-se a experiência do sofrimento provocado pela enfermidade. Sobre isso Mattos (2003, p. 53) escreve:

Conhecemos hoje os fatores de risco de muitas doenças e dispomos de tecnologias que reduzem as probabilidades de se desenvolver uma doença. Tornou-se possível, assim, propor ações voltadas a evitar o sofrimento provocado pela doença. É sobre essa diferença que se pode distinguir as práticas assistenciais das preventivas. Enquanto as primeiras são



demandadas a partir de uma experiência de sofrimento percebida como se fosse individual, as preventivas não. Exatamente por isso, no que se refere às organizações dos serviços de saúde, um dos sentidos de integralidade era o de indicar as vantagens de articular às ações voltadas para responder à demanda assistencial com aquelas destinadas a prevenção.

Portanto, entende-se que no plano das políticas de saúde, as ações preventivas e assistenciais têm impactos diferenciados: a primeira surge para responder a determinadas necessidades ou demandas do usuário, enquanto a segunda tem como foco ampliado modificar o quadro social de uma doença, e segundo Mattos (2003)” pode inclusive modificar a demanda futura por serviços assistenciais. Ambas, quando adequadas, constroem a legitimidade das políticas de saúde”.

Mattos (2003) ainda ressalta a importância de compreender que tanto assistência quanto prevenção devem estar aliadas, pois é “duplo dever do sistema assegurar a resposta às necessidades e as demandas por ocasiões preventivas e assistenciais”. E ele diz que isso ocorre por conta de dois fatores:

Ambas, quando adequadas, constroem a legitimidade das políticas de saúde. Com efeito, cada vez que o sistema de saúde não responde adequadamente à demanda que a ele apresenta (seja ela justificável ou não pelos parâmetros técnicos), se corrói a sustentação política de um sistema de saúde que pretende assegurar o acesso universal e igualitário. Nesse sentido, atender a demanda é um imperativo do direito. Por outro lado, a emergência de epidemias para as quais conhecemos dispositivos de controle também corrói as bases de sustentação do sistema de saúde.

Ao se referir ao modo como as políticas de enfrentamento a certas doenças são elaboradas Mattos (2003, p.55), aponta que elas não podem se reduzir a “[...] políticas que têm por único objetivo reduzir a magnitude de certas doenças”. Isso implica em dizer que no momento da formulação dessas políticas é necessário ir além de indicadores epidemiológicos; ele indica como desafio políticas que compatibilizem controle, erradicação ou mesmo

mudança de magnitude da doença em âmbito municipal, por exemplo, e o acesso dos portadores da doença aos serviços de assistência.

Na perspectiva da integralidade, os desafios apresentados pelas doenças vão além da oferta de serviços assistenciais, devem estar voltados para questões referentes às possibilidades futuras de redução do número de portadores dessa doença. Para tanto “as políticas de saúde pautadas na Integralidade devem basear-se numa perspectiva muito ampliada de apreensão das necessidades assistenciais” (MATTOS, 2003, p. 56).

É da relevância destacar que políticas elaboradas com caráter Integral abordam não somente as pessoas portadoras de determinadas doenças, mas todos os usuários do sistema e tais políticas devem prever que o usuário portador da doença é portador também de um amplo conjunto de necessidades que não podem ser apreendidas por meio de formulários.

Portanto, podemos dizer que políticas pautadas na Integralidade abordam tanto ações preventivas como assistenciais, e ainda, “partem de uma apreensão ampliada das necessidades das pessoas portadoras ou não da doença<sup>1</sup>” (MATTOS, 2003, p. 56).

### 1.1.2 A Integralidade como Prática Profissional Não Fragmentada

O sentido da integralidade como prática profissional não fragmentada é entendido a partir do exercício profissional. Ou seja, espera-se que os profissionais de saúde tenham um olhar mais atento a seus pacientes/usuários não restringindo suas observações à relação saúde – doença, mas interpretando os vários fatores que intervêm nesta. Em suma, não

---

<sup>1</sup> Mattos (2003) complementa que uma dimensão específica dessa ampliação é a que diz respeito aos direitos das pessoas. A questão não se refere apenas ao direito ao acesso aos serviços de saúde. Refere-se ao conjunto de direito da pessoa.

fragmentar os usuários enquanto partes de um corpo ou desvinculado de seu contexto sócio-econômico-cultural.

Assim, de maneira geral ao se falar de Integralidade, pode-se imaginar que isto implica em proporcionar ao usuário atendimento pleno conforme lhe é de direito, acesso a cuidados que vão além da cura de uma doença, ou seja, que ele encontrará no sistema de saúde atendimento para suas necessidades psicológicas, sociais; e que os profissionais estarão atentos aos inúmeros fatores (saneamento básico, desemprego, violência e outros) que estão contribuindo para o surgimento de patologias, e com base nisto encaminharão o tratamento do usuário conforme suas reais necessidades.

Pelo fato de o médico ser o profissional que tradicionalmente é reconhecido pela população como o profissional de saúde por excelência, e por ter contato com as pessoas em situação de doença; também por pertencer a uma categoria de profissionais que juntamente com enfermeiros e outros profissionais da saúde estiveram à frente do Movimento Sanitário, as referências que se encontra estão ligadas a suas práticas ou como elas deveriam ser inclusive com relação à Integralidade. Com relação a isso Mattos (2001, p.50) diz que:

A atitude de um médico que diante de um paciente busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas relacionadas a uma experiência de sofrimento, as necessidades de ações de saúde, como as relacionadas ao diagnóstico precoce ou à redução de fatores de risco, ilustra um sentido da integralidade profundamente ligado aos ideais da medicina integral. Sentido que pode ser facilmente estendido para além das técnicas de prevenção. A abertura dos médicos para outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença presente ou que pode vir a se apresentar – como a simples necessidade da conversa – também ilustra a integralidade. Podemos facilmente reconhecer que as necessidades dos que buscam serviços de saúde não se reduzem à perspectiva de evitar tal sofrimento [...].

Nesse sentido o autor alerta que obviamente não só o médico, mas todos os profissionais envolvidos no processo de atenção a saúde devem desenvolver uma prática integral e escreve:

[...] Quando um agente comunitário que segue rumo a suas visitas domiciliares se defronta com o convite de um morador para uma prosa sobre um problema que o aflige, ele pode aplicar não a medicina integral, mas a integralidade. Quando esse mesmo agente, no cumprimento de suas funções de pesar as crianças com menos de 24 meses, busca ativamente nas crianças da casa (que não podem ser pesadas com a balança portátil que leva) os indícios de carência nutricional, também põe a integralidade em prática. Ou quando um funcionário de um pronto – socorro se preocupa em informar a um acompanhante que ficou fora da sala de atendimento a evolução de um paciente... A integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde.

Isto quer dizer que os assistentes sociais que estão inseridos não somente na área da saúde, mas em qualquer local de atuação devem também desenvolver uma prática voltada a Integralidade, eliminar práticas que focalizam o “usuário – problema”, como trata Miotto (1997, p.123) ao se referir às práticas institucionais e modelos assistenciais de atenção a família. Miotto ainda enfatiza que de “uma leitura fragmentada da realidade social deriva um processo interventivo também fragmentado”. Não é possível desenvolver ações de cuidado setorizadas e pontuais, afinal as demandas que chegam aos profissionais estão ligadas a determinantes externos como a falta do emprego, a questão das drogas, da violência, do estresse emocional vivenciado por decorrência disto.

Outro ponto a ser observado com relação à prática profissional na área da saúde, principalmente saúde pública é os atendimentos rápidos devido a grande demanda, o que impede uma relação mais estreita ou estabelecimento de um vínculo entre paciente/usuário e profissional. Este aspecto foi destacado em uma pesquisa documentada por Pinheiro (2001, p. 83), onde a dificuldade de ouvir as demandas dos usuários e de reconhecê-los como sujeito com desejos, temores, crenças, não são observados o que pode até mesmo provocar danos na vida do usuário:

A relação médico-paciente foi apontada por unanimidade pelos atores entrevistados como sendo um dos principais problemas na difícil equação entre demanda e oferta nos serviços de saúde prestados nas instituições. A gênese dessa problemática reside no fato de as relações pessoais serem pouco valorizadas nas ações de saúde, seja como recurso terapêutico no processo de cura dos pacientes seja como elemento de interseção nas relações entre usuário/profissional, usuário/serviço e profissional e serviço.

Na perspectiva dos usuários a integralidade é associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Esses sentidos se aproximam da idéia de Integralidade defendida pelos estudiosos do LAPPIS, isto é, um termo plural, ético e democrático.

Autores como Schraiber (2004), fazem uma ligação entre a questão da ação profissional junto aos usuários e a atuação do profissional enquanto equipe de trabalho; ela afirma ser necessário romper com a total independência profissional de decisão para compartilhá-la com outros profissionais. Outros autores dizem que a incapacidade dos profissionais em aglutinarem suas visões em um só núcleo de discussão comum dos casos, acaba desfocando a integralidade do usuário, por formarem-se várias visões fragmentadas acerca de um mesmo caso. Estas questões serão abordadas no próximo ponto.

### 1.1.3 A Integralidade como Trabalho em Equipe.

O trabalho em equipe é considerado uma prática essencial à integralidade, pois com a confluência dos saberes as demandas atendidas serão observadas a partir de diferentes focos, e, portanto, as respostas dadas serão voltadas para uma visão integral.

Atualmente tem-se ouvido muito sobre a troca de saberes, o intercâmbio de informações entre as áreas profissionais, isto favorece o trabalho das equipes e recebe o nome de multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.

Mas essa forma de trabalho não é tão recente, afinal desde a década de 1960 o tema da interdisciplinaridade integra a agenda de discussões acadêmicas, e na década de 1980 ganha destaque devido à implantação do Sistema Único de Saúde que enfoca assistência integral, o que supõe a ação interdisciplinar (NOGUEIRA, 1998, p. 41).

Com relação ao trabalho em equipe Meirelles (1998, p. 15), apud Nogueira (1998, p. 42) considera:

A equipe como um grupo de pessoas, que desenvolve um trabalho de forma integrada e com objetivo comum, com interdependência, lealdade, cooperação e coesão entre os membros do grupo, a fim de atingirem maior eficácia nas suas atividades. Esta equipe é construída pelos seus membros, que trabalham de forma dinâmica suas emoções, sentimentos e expectativas até atingirem equilíbrio e participação verdadeira de todos os membros do grupo nas ações.

O trabalho multidisciplinar segundo Rodrigues (2000, p.126) se caracteriza sendo:

[...] estudo de um mesmo objeto por várias disciplinas; não há necessidade de integração entre elas, uma vez que cada qual concorre com seus conhecimentos específicos no estudo de determinado assunto, podendo, no Maximo, resultar em certa organicidade de apresentação dos resultados ou de contribuições. São visíveis os níveis de cooperação das diferentes disciplinas e também a peculiaridade produzida pela conseqüente orientação dos conhecimentos envolvidos naquele estudo.

Já o trabalho interdisciplinar “promove a troca de informações e de conhecimento entre disciplinas, mas, fundamentalmente, transfere métodos de uma disciplina para outras” (RODRIGUES, 2000, p.126). Esse sugere um intercâmbio entre as disciplinas o

que promove interlocução entre as áreas de conhecimento como também impede que os saberes se cristalizem em si mesmos.

Encontra-se ainda um novo conceito, o da transdisciplinaridade que “instala-se na interação entre sujeito e objeto, na compreensão de que a realidade é multidimensional e na compreensão do que chamo um jogo de exclusão-inclusão” (RODRIGUES, 2000, p.129). Rodrigues (2000, p.131), ainda acrescenta que “as disciplinas precisam reassumir os sujeitos sociais (em contraposição à exclusão do sujeito) em sua integralidade; não eliminar de seu pensamento, de sua *epistème*, a alma, o conteúdo, as emoções, o sofrimento; não eliminar o vivente”.

O mais comum nas equipes de trabalho em saúde é a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade; mas pode-se notar que a idéia de transdisciplinaridade tem muito a contribuir na integralidade da saúde.

Os sentidos que o princípio da Integralidade apresenta estão de certa maneira interligados. A questão do trabalho multidisciplinar está diretamente ligada a formação profissional e ao modo como os profissionais da saúde vêem seus pacientes/usuários, por exemplo.

Na área da saúde o trabalho em equipe se destaca por contribuir no diagnóstico do usuário, pois a partir de vários olhares profissionais e da troca de conhecimentos específicos torna – se mais completa a abordagem e a compreensão da demanda trazida pelo mesmo, e conseqüentemente a resposta dada será completa às suas necessidades não somente físicas como sociais e psicológicas.

Um fator que pode influenciar negativamente em uma equipe é falta de comunicação entre os profissionais, o que pode levar a ações sobrepostas, repetidas e até mesmo desnecessárias, causando grandes transtornos aos usuários. Por isso é fundamental



buscar no conhecimento dos membros da equipe as abordagens mais adequadas na condução dos casos (SILVA Jr., MERHY e CARVALHO, 2003, p.124 e125).

Existem muitas instituições que prezam pelo trabalho multidisciplinar e seus resultados demonstram a efetividade desta forma de trabalho. Um exemplo bem próximo é a Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário – UFSC que será trabalhado mais adiante; nesta clínica é realizada uma reunião de intercâmbio onde os profissionais das diversas áreas ligadas à clínica discutem os casos dos pacientes internados e ali buscam os melhores encaminhamentos.

Sobre esse tema Cecílio (2001, p. 115) diz o seguinte:

É preciso adotar a idéia de que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital. Poderíamos denominá-la “integralidade focalizada”, na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde.

O autor Camargo Jr. (2003, p.39), colabora com a idéia citada acima ao escrever que o trabalho interdisciplinar e multidisciplinar é fundamental, pois indivíduos isolados, ou mesmo categorias de profissionais inteiras, no olhar do autor, são limitados para cumprir com as “demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem”.



#### 1.1.4 A Integralidade como Articulação dos Serviços de Saúde – Intersetorialidade.

Dentre os temas discutidos como integrantes da polissemia da Integralidade, tem-se a intersetorialidade, que é entendida como a articulação entre os serviços de saúde, que caracteriza de acordo com dinâmica da administração pública da qual faz parte.

Cecílio (2001, p. 117), diz que “a integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja em um centro de saúde, uma equipe de PSF, um ambulatório de especialidades ou um hospital [...] e outras instituições não necessariamente do setor de saúde” é tarefa para um esforço intersetorial.

Cecílio (2001) parte do princípio de que a integralidade da atenção deve ser pensada na esfera “macro”, isto é, a (máxima) integralidade no espaço singular do serviço pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde ou não. Isto quer dizer que a integralidade deve ser pensada em rede e utilizada pelas equipes de saúde como objeto de reflexão de novas práticas da equipe, em particular a compreensão de que ela não se dá em um lugar só; e porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.

Portanto, é necessário que o foco de atenção da integralidade seja ampliado para todos os setores dos serviços de saúde, pois muitas vezes isso acontece somente no nível primário de atenção, sendo que a integralidade não se realiza nunca em um só serviço, ele é um objetivo de rede.

Nessa perspectiva Junqueira e Inojosa (Datasus, 2004), dizem que:

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e seus problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações se dirijam à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorram no mesmo territorial e meio-ambiente. Conduzem a uma atuação desarticulada e obstaculizam mesmo os projetos de gestões democráticas e

inovadoras. O planejamento tenta articular as ações e serviço, mas a execução desarticula e perde de vista a integralidade do indivíduo.

Essa realidade segundo os autores é recorrente no aparo estatal, porque as políticas são elaboradas conforme interesses de grupos existentes no interior das instituições e não da população. Contrapõe-se a essa prática setorial uma lógica que está voltada para atender a população.

Para os autores citados, a intersetorialidade nas práticas de saúde têm exigido por parte das equipes um conhecimento dos indivíduos e grupos da população, juntamente com as determinações sociais que condicionam suas situações de vida. Para tanto, os autores propõem a articulação entre dois eixos: o da descentralização e o da intersetorialidade.

Para esses autores a intersetorialidade está diretamente ligada a forma de administração dos municípios e conseqüentemente das secretarias de saúde. Eles citam o exemplo da cidade de Fortaleza –CE, que passou por uma reforma administrativa, e a Prefeitura Municipal de Campinas –SP, que partindo da descentralização e da intersetorialidade, procuram superar a dicotomia setorial da ação concreta. Portanto, “uma reforma administrativa tem que contemplar as necessidades dos cidadãos em sua integralidade” (JUNQUEIRA E INOJOSA, DATASUS, 2004).

Tomando como referência a experiência da cidade de Fortaleza, os autores apontam a necessidade de romper com antigas e rígidas formas de organização municipal e avançar para uma lógica que privilegie as necessidades dos cidadãos. E ainda:

Além do centro das relações entre o governo municipal e o cidadão fluir para o âmbito local a reorganização do trabalho descentralizado e intersetorial busca viabilizar que, nesse espaço, o munícipe retome a sua identidade, a integralidade de seus direitos e que o governo da sua cidade promova o alcance de uma qualidade de vida digna da condição de cidadão (JUNQUEIRA E INOJOSA, DATASUS, 2004).

Outros autores destacam a participação dos cidadãos como essencial não somente nos momentos de fiscalização e controle das ações do Estado ou reivindicação dos seus direitos, mas principalmente na formulação das políticas públicas (FERLA, CECCIM e PELEGRINI, 2003).

Esses citam o exemplo do Rio Grande do Sul, onde desde de 1999, a política de saúde foi fundada na idéia da integralidade da atenção. Para pôr o novo modelo de atenção em prática e garantir a intersetorialidade do sistema, algumas modificações foram realizadas, a começar pela descentralização e estrutura horizontal das secretarias resultando no fortalecimento das representações regionais. O planejamento, acompanhamento e gerenciamento do sistema acompanharam a descentralização com as macrorregiões de atenção integral à saúde.

A intersetorialidade pode se expandir para além da saúde, isto é entre as políticas, afinal os sujeitos não podem ser vistos somente dentro espaços institucionais isolados. Miotto (2004, p. 12) ao se referir às políticas relacionadas a famílias tanto em situação de risco como de segmentos afirma ser necessário superar a focalização, e diz:

A centralidade da família é garantida à medida que com base nos indicadores das necessidades familiares, desenvolva-se o processo de atenção às famílias dentro dos princípios da universalidade e integralidade sustentada pela intersetorialidade e pela interdisciplinaridade. Dessa forma falar de famílias e políticas públicas implica em pensar numa política de articulação entre as políticas para que não se incorra em processos de fragmentação e se mantenha o acesso e a qualidade dos serviços para o atendimento de todas as famílias.

Essa mesma discussão é pertinente para qualquer área das políticas públicas, em especial neste caso, as políticas com as quais os assistentes sociais estão freqüentemente em contato, afinal estes transitam entre as inúmeras políticas de forma direta e indireta, isto é,

através de seus atendimentos cotidianos ou de encaminhamentos, articulação entre níveis de atendimento, por exemplo.

#### 1.1.5 A Integralidade em Práticas Alternativas.

A demanda por serviços de saúde decorrentes de problemas psicossociais, o desequilíbrio da relação demanda-oferta dos serviços públicos de saúde e do limites do modelo biomédico, evidenciam a necessidade de rever os modelos de atenção disponibilizados a população. Lacerda e Valla (2003) trazem como alternativas o apoio social e a homeopatia para a construção da integralidade das ações na relação oferta e demanda dos serviços de saúde.

Segundo os autores:

O apoio social tem origem no pensamento acadêmico, a partir da década de 80, e aponta para a possibilidade de enfrentamento dos problemas de saúde-doença, via estabelecimento de relações solidárias entre os sujeitos.

Portanto, este pensamento parte do pressuposto de que o rompimento das relações aumenta a vulnerabilidade dos sujeitos ao adoecimento. Essa ruptura de vínculos pode estar ligada a diferentes fatores principalmente os psicossociais associados a mudanças inesperadas de vida. Também se justifica ao evidenciar que o capitalismo enquanto modelo socioeconômico contribui para o aumento das disparidades das classes sociais devido a má distribuição de renda o que gera violência, uso de drogas, desemprego entre outras expressões da questão social.

Cassel (1976), Berkman (1985) e Spiegel (1997), apud Lacerda e Valla (2003, p. 174) destaca-se a importância do apoio social:

[...] o apoio social fornecido através dos relacionamentos sociais ajuda os sujeitos a terem maior controle das situações estressantes e a enfrentarem melhor as adversidades da vida, com benefícios à saúde física e mental, conforme diversos estudos.

Associado ao apoio social está a formação de redes que conforme Bowling (1994), apud Lacerda e Valla (2003, p. 174), significa “uma teia de relações sociais que circunda os diversos indivíduos conectados pelos laços ou vínculos sociais” permitindo que os recursos de apoio fluam através desses vínculos.

No que se refere à homeopatia, esta entende as enfermidades como alterações na saúde do corpo e da mente desencadeadas pelo desequilíbrio vital (HANEMANN, 1921, apud LACERDA e VALLA, 2003); enquanto a biomedicina trabalha com o conceito de saúde como ausência de doença, centrado na relação entre normal e patológico (CANGUILHEM, 1978, apud LACERDA e VALLA, 2003).

Portanto, a homeopatia está voltada para a cura do sujeito e não somente centrada no desaparecimento dos sintomas nosológicos, o que para os defensores da homeopatia é onde se estabelece a grande diferença da biomedicina, pois ao invés de suprimir sintomas o que pode agravar o processo de adoecimento, busca-se o desaparecimento definitivo dos mesmos. Porém, segundo Lacerda e Valla (2003), um dos maiores problemas dos serviços públicos é justamente a crescente medicalização como única forma terapêutica, sem considerar que muitos problemas de saúde são resultantes de determinantes psicossociais e o que está sendo feito é “medicar os problemas da vida<sup>2</sup>”.

O que correntemente acontece nas consultas do cotidiano é a desvalorização dos sentimentos e da emoção dos usuários, pois são considerados doentes para a biomedicina somente aqueles portadores de uma patologia diagnosticada.

---

<sup>2</sup> “ ” Expressão utilizada pelos autores.

Mesmo com a valorização da homeopatia por parte de Lacerda e Valla (2003, p.191), ambos alertam que os médicos homeopatas ainda são poucos colaborativos com a prática do apoio social. Eles dizem que embora os homeopatas investiguem as relações das pessoas, os vínculos sociais, e a forma de agir dos sujeitos no mundo, é preciso que incorporem a dimensão da rede social dos pacientes na sua prática cotidiana, assim, ao identificar que os sujeitos sofrem com processos de perda ou demonstram dificuldade de se relacionar, devem estimulá-los a desenvolver atividades de socialização. “Além disso, a possibilidade de ter profissionais de saúde integrados em rede amplia o acolhimento e o cuidado dos sujeitos doentes e seus familiares”.

Homeopatia e apoio social juntos estimulam a autonomia se concentram no cuidado, conduzem os usuários a um projeto de vida diferenciado; que lhes dá esperança e fortalecem seus sonhos. “Nessa perspectiva, poderemos caminhar para práticas de saúde mais eficazes, que incluam a participação ativa dos sujeitos e integrem seus direitos de cidadania e de qualidade de vida” (LACERDA e VALLA, 2003, p. 192).

#### 1.1.6 A Integralidade na Formação Profissional.

A integralidade na formação profissional é um dos sentidos que se encontra em destaque na pauta das discussões sobre o tema, por ser o responsável pela reflexão no âmbito acadêmico.

A formação profissional é uma questão que está diretamente ligada a busca de práticas integrais em saúde, pois o “debate sobre a integralidade facilita a perspectiva de novas abordagens que contribuam estrategicamente para a organização dos serviços e dos processos formativos” (HENRIQUES e ACIOLI, 2004, p. 298).

Os estudos têm apontado que para ter-se profissionais que atuam com base em práticas integrais há a necessidade de uma formação acadêmica voltada para a Integralidade. Essa questão já está sendo repensada no meio acadêmico, afinal muitos profissionais estão sendo formados sem noção do que esta prática verdadeiramente significa ou como funciona. Muitas universidades julgam ter currículos que instrumentalizam seus acadêmicos à Integralidade pelo simples fato de desenvolverem determinadas atividades em comunidade, quando se deveria compreender a Integralidade como uma prática ser construída que se traduz em uma abordagem completa do profissional para com o usuário. Pinheiro (LAPPIS, 2004) diz que:

Se pegarmos currículos da graduação, por exemplo, muita gente se acha ‘integral’ só porque põe o aluno duas horas por semana para trabalhar na comunidade da favela. Não é isso! Falamos de um conjunto de práticas que defendem um grupo de valores que precisam ser exercitados dia-a-dia. E, no caso da formação, é preciso que haja ferramentas pedagógicas que dêem ao aluno condições para desenvolver habilidades e saber manejar o cuidado em saúde como um valor e um instrumento da construção da Integralidade. Eu trabalho a Integralidade como uma construção em dois planos, o sistêmico e o individual. Um está relacionado com a atenção como política e a rede de serviços de saúde; o outro tem a ver com a questão do cuidado, com a incorporação de novas tecnologias assistenciais que prestam atendimento de qualidade ao usuário.

Vê-se, portanto, que a reforma curricular é uma mobilização favorável à elaboração de currículos que respondam ou estejam condizentes com as necessidades de saúde do país, esta é a proposta do Ministério da Saúde com o Aprender SUS<sup>3</sup>. Nesta perspectiva, o eixo condutor dessa discussão é a integralidade, e para fomentar este trabalho o primeiro passo conforme Feuerwerker (2004), é incentivar as pessoas a desenvolverem experiências que busquem construir uma formação direcionada para a integralidade, o que como já é sabido

<sup>3</sup> “O Aprender SUS é a tradução do desejo do Ministério da Saúde de estabelecer um diálogo organizado com o setor da educação para construir um perfil de formação profissional que dialogue com as necessidades de atenção à saúde no país” (FEUERWERKER, LAPPIS, 2004, p. 1).



envolve trabalhar com um conceito amplo de saúde, com a idéia de equipe, pôr as necessidades do usuário no centro da atenção, isto é, centro do pensamento, da produção, do cuidado e da organização dos serviços. “Precisamos partir da construção, da experimentação para produzir conhecimento em torno da integralidade tanto do ponto de vista da organização das práticas como da formação” (FEUERWERKER, LAPPIS, p. 2).

Um aliado nesse processo tem sido o já citado LAPPIS, que apóia e contribui para o desenvolvimento das novas experiências, através de material, laboratórios; com a condição de que tudo seja construído em conjunto pelas varias profissões da saúde e articulada com uma proposição de mudança. Além de reformulações nos currículos de cursos superiores, o olhar do LAPPIS também está voltado para a residência, segundo Feuerwerker (2004), “este é o mote do diálogo que está se abrindo”. E completa:

Não existe atenção integral sem o conjunto da equipe que envolve todos os profissionais. A integralidade está colocada como princípio da nossa política, mas ainda não tínhamos traduzido dessa maneira. E agora está claro que o debate da integralidade tem que estar presente nas outras áreas também [...] (FEUERWERKER, LAPPIS, p. 2).

Há um ponto que Gomes (2004) destaca, que é o problema em confundir a discussão do currículo com a grade das disciplinas. Ele alerta que na verdade um processo pedagógico em saúde se dá por meio da prática, na forma de inserção no trabalho, no modelo do que o outro pratica e ensina a praticar. Por isso a reformulação curricular passa pela adequação dos conteúdos às práticas, isto é, “criar cotidianos que tenham formações e focos diferentes”.

Acioli (LAPPIS, 2004) escreve:

Percebemos a Integralidade como uma das bases conceituais mais importantes dentre os princípios do SUS, como estruturante no processo de atenção à saúde. E por isso tão difícil de ser implementada. Formamos pessoas que estão sendo preparadas e orientadas para cuidar de outras pessoas. E como você vai cuidar do pedaço de alguém, sem considerá – lo



de uma maneira mais ampla e integral, de acordo com o contexto – familiar, físico e também subjetivo? Para formar pessoas nesse sentido, temos que tentar articular a razão com o sensível. Porque estamos falando de coisas que não são dadas no prontuário nem na entrevista, são percebidas aos poucos, requerem um processo de superação e convívio. E nem sempre os serviços de saúde estão organizados para isso. Atingir isso é muito difícil, principalmente porque, em geral, as unidades acadêmicas são muito isoladas, tanto dos serviços quanto entre si. Queremos que as pessoas trabalhem em equipe, mas não exercitamos quase nada em equipe. Isso é um nó para a formação.

Acioli também comenta sobre a experiência vivenciada na Faculdade de Enfermagem da UERJ onde “o projeto político – pedagógico, a missão é formar enfermeiros que tenham capacidade de perceber as necessidades individuais e coletivas; trabalhar a partir dos pressupostos e no contexto do SUS<sup>4</sup>”.

Oliveira, Koifman e Marins (2004), descrevem a experiência vivenciada no Departamento de Saúde da Comunidade da UFF<sup>5</sup>, e afirmam que a aprendizagem a partir da busca da integralidade, da formação humanista do médico, do compromisso social e comportamento ético, que atualmente são alguns dos objetivos da faculdade, passa por uma aprendizagem de caráter participativo, trabalho nos serviços de saúde, o que motiva a compreensão crítica da realidade.

Quanto ao serviço social, sabe-se que este possui um currículo ampliado, com disciplinas de várias áreas de conhecimento, o que proporciona ao acadêmico uma visão diferenciada frente às demandas que tem contato na prática, resultando em ações voltadas a integralidade dos usuários. Isto denota o que diz Mioto (1997), embora esta se refira a intervenção profissional em famílias, que os problemas apresentados devem ser analisados

<sup>4</sup> Todo o processo de reforma curricular da Faculdade de Enfermagem da UERJ é descrito por Henriques e Acioli no livro: Cuidado, as fronteiras da Integralidade de Roseni Pinheiro e Rúben Araújo Mattos, 2004, p. 293-305.

<sup>5</sup> Esta experiência é descrita no livro citado acima das páginas 307-319.

dentro de uma perspectiva de totalidade, isto é, observar o contexto das situações para realizar a intervenção.

Portanto, está evidente que a formação profissional é “peça chave” rumo a construção de novas práticas em saúde. Cabe as universidades proporcionarem aos acadêmicos a construção destas, e aos profissionais da prática desenvolverem experiências que mostrem a efetividade de um trabalho a partir deste aspecto.

## **BUSCANDO A INTEGRALIDADE NA PRÁTICA COTIDIANA DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA**

Este capítulo trata inicialmente de uma contextualização do *locus* onde foi realizado o estágio curricular obrigatório, como se dá a inserção do serviço social na dinâmica da instituição, e especificamente a experiência de estágio com a descrição dos atendimentos realizados.

Posteriormente faz-se uma análise do processo de estágio relacionada ao conteúdo teórico apresentado no primeiro capítulo.

### **2 O LOCUS DE ESTÁGIO**

O estágio curricular obrigatório foi realizado em uma unidade de saúde classificada, segundo o Sistema Único de Saúde como de alta complexidade por se tratar de um hospital de referência. Portanto responde ao nível de atenção terciária, que se caracteriza pela resolução dos casos mais complexos do sistema, e é composto pelos ambulatorios de especialidades e hospitais especializados. Diferentemente do nível de atenção primário onde ocorrem atividades de promoção, proteção e recuperação realizadas nas unidades ou centros de saúde; e do nível secundário que se caracteriza por desenvolver atividades assistenciais nas especialidades básicas, com especialistas tais como: clínica médica, ginecologia, obstetrícia e pediatria, assim como atenção ambulatorial, urgência e reabilitação (CARREIRÃO, 2002, p.51).

Assim, a experiência de estágio aconteceu no período de 08 de fevereiro a 12 de julho de 2004, no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago,

pertencente à Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis, mais especificamente na Unidade de Internação Pediátrica (UIP).

## 2.1 O Hospital Universitário

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago existente desde 1980 representa a concretização de um período de 15 anos de reivindicações, pois as obras de construção se iniciaram em 1964 no Campus Universitário da Trindade, mas somente concluiu-se em 1980, após intensa luta de alunos, professores e comunidade, junto às autoridades federais para a obtenção de recursos que permitissem sua inauguração.

Inicialmente instalaram-se os leitos de Clínica Médica e de Clínica Pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica e a Unidade de Terapia Intensiva adulto, e finalmente em 1996 a Maternidade.

O atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se nos anos seguintes permitindo que o Hospital completasse sua estruturação em quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia.

O Hospital Universitário é financiado pelo Ministério da Educação (MEC) e conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), e pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

Sua finalidade é de promover ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, tendo como função a prestação de serviços, de ensino e desenvolvimento de pesquisas, atendendo a comunidade, como também elevar o nível de saúde da população.

A população atendida pelo Hospital Universitário caracteriza-se por usuários de precárias condições sócio-econômicas, em que a faixa salarial varia entre um e dois salários mínimos. Estes são trabalhadores rurais e urbanos, desempregados, subempregados, aposentados, migrantes e outros; sendo que o grau de escolaridade da maioria não ultrapassa o ensino fundamental<sup>6</sup>.

Como Unidade Hospitalar Pública, o Hospital Universitário busca garantir à população o que está contido na Constituição Federal de 1988, artigo 196 no que diz respeito ao acesso universal e igualitário no atendimento ao usuário. Para garantir o atendimento à população em geral, nos diferentes graus de complexidade, o Hospital Universitário dispõe de 246 leitos para internação e da seguinte divisão: um ambulatório; clínicas de internação e de emergência; um banco de sangue; serviços complementares.

Para atendimento do público, oferece os seguintes profissionais: médicos e médicas nas áreas de cardiologia, pneumologia, ginecologia, neurologia, gastroenterologia, cirurgia geral, urologia, proctologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, anestesiologia, dermatologia, enfermeiros e enfermeiras, nutricionistas, psicólogos e psicólogas, pedagogo, assistentes sociais, auxiliares e técnicos de enfermagem.

### 2.1.1 O Serviço Social do Hospital Universitário

O serviço social do Hospital Universitário existe desde a criação do mesmo em 1964 e conta com nove assistentes sociais que atuam no âmbito das internações, isto é, nas clínicas cirúrgicas I e II, nas clínicas médicas I, II e III, na unidade de internação pediátrica, na ginecologia, na maternidade e na unidade de terapia intensiva. Atuam ainda junto aos

---

<sup>6</sup> Informação retirada do Plano de Atuação do Serviço Social no HU (2001), elaborado por Silva *et al.*

pacientes diabéticos e pacientes com insuficiência renal crônica, e também no programa de ações especiais do serviço social onde estão, o planejamento familiar, o ambulatório, o grupo de voluntários, o serviço de hemoterapia, a emergência, a comissão de atendimento a criança vítima de maus tratos que faz parte do trabalho da Unidade de Internação Pediátrica e o núcleo desenvolver.

Conforme Silva *et al.*, (2001, p.06); o Serviço Social tem como objetivos de sua ação profissional:

Atender as demandas sócio-assistenciais dos pacientes do Hospital Universitário; favorecer a integração entre os diversos profissionais que prestam atendimento à clientela, garantindo uma abordagem globalizada à pessoa atendida no hospital; desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença; favorecer aos pacientes condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade; favorecer ações sócio-educativas de saúde à comunidade universitária e à população atendida.

A intervenção do serviço social se dá, desde a entrada do paciente no H.U., para tratamento emergencial, ambulatorial ou internação, mediando a cultura dominante, a do saber médico e a cultura popular vivenciada pelo usuário.

O serviço social no Hospital Universitário por trabalhar diretamente com questões da saúde-doença compreende que “a saúde é resultado do conjunto das condições em que vivem as pessoas, ou seja: moradia, alimentação, transporte, lazer etc. sendo assim não se constitui numa condição individual, mas resultado de um processo coletivo”. (SILVA, *et al.*, 2001, p.3), isto é, conforme o conceito ampliado de saúde defendido e aplicado desde a VIII conferência de saúde.

Dentre as clínicas de intervenção do serviço social está a Unidade de Internação Pediátrica (UIP), que será aprofundada no próximo ponto.

### 2.1.2 A Unidade de Internação Pediátrica.

A Clínica de Internação Pediátrica conta com trinta leitos de internação e cinco de observação, onde são atendidas crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, cujas doenças apresentadas tais como, desnutrição, escabiose, broncopneumonia, síndrome diarrêica e verminoses, estão vinculadas às situações socioeconômicas vivenciadas pelas famílias.

A maioria dos pacientes internados nessa clínica provém de regiões periféricas (favelas) da grande Florianópolis, e também das várias regiões do estado. As famílias na sua maioria vivem em moradias precárias, isto é, um ou dois cômodos, sem saneamento básico ou água encanada e banheiro externo (SILVA, *et al*, 2001). Os pais e demais familiares dos pacientes estão prioritariamente no mercado informal de trabalho, devido sua baixa ou até inexistente escolaridade. Os salários percebidos variam entre um e dois salários mínimos mensais. As famílias são numerosas e prevalecem os vínculos informais de união.

Na Unidade de Internação Pediátrica o serviço social possui uma rotina própria, que contém atividades como: a verificação de novos pacientes internados, coleta de dados sobre os mesmos e contato inicial com os pacientes e com os acompanhantes; entrevistas; atendimento das demandas sócio-assistenciais mais urgentes; etc.

O serviço social na UIP é integrante de uma equipe multidisciplinar composta por psicólogo, médicos, nutricionista, técnicos de enfermagem e enfermeiros que têm como rotina a realização de uma reunião de intercâmbio semanal, na qual participam os profissionais e estagiários de diferentes áreas. Estas reuniões se caracterizam como um espaço de discussão, troca de informações e saberes entre os profissionais voltados ao atendimento dos usuários, pois a equipe consegue absorver as particularidades de cada situação. Além da reunião a

relação de troca entre os profissionais e estagiários acontece no cotidiano da unidade e pode ser conhecida como uma ação que contribui para a consecução do princípio da integralidade.

## 2.2 A Experiência de Estágio

A experiência de estágio na UIP iniciou-se antes do período de estágio curricular obrigatório, o que propiciou um conhecimento apurado da unidade, e facilitou a elaboração de um projeto de intervenção. No período antecedente ao estágio obrigatório observou-se que era recorrente a prática de encaminhamentos aos conselhos tutelares de usuários que estavam de alta hospitalar e que precisavam de acompanhamento para que não retornassem ao hospital pelos mesmos motivos de internações anteriores, ou porque a doença pela qual estavam internados requeria cuidados especiais e um monitoramento constante no pós-alta.

Nos casos dessa natureza havia um protocolo de encaminhamentos aos Conselhos Tutelares. Sabe-se que os Conselhos Tutelares conforme a Lei 8.069, o estatuto da Criança e do Adolescente, têm como atribuição garantir as medidas de proteção aos mesmos. Porém, sabe-se também que a própria organização do SUS, comporta ações de integração entre os diferentes níveis de atenção, e, portanto, essa medida poderia ser evitada se fosse efetivado o processo de referência e contra-referência<sup>7</sup>. Por isso surgiu a idéia de se fazer um projeto que contemplasse a hierarquização por graus de complexidade do sistema.

Assim, projeto de estágio do Serviço Social na UIP centrou-se em três eixos norteadores. O primeiro se refere ao desenvolvimento de ações voltadas a informar e

---

<sup>7</sup> Promover referência e contra-referência significa efetivar a racionalidade do sistema de saúde (ter níveis de atenção) fazendo com que funcione em rede, melhorando assim o fluxo dos serviços e otimizar o atendimento.



conscientizar o acompanhante da importância de estar inserido no Programa de Saúde da Família, não só para evitar novas internações, mas também como forma de prevenção de outras patologias. Afinal, a socialização de informações é uma ação profissional do assistente social que segundo Silva (2000, p. 114), “[...] fortalece o usuário no acesso e no processo de mudança da realidade na qual se insere, na direção da ampliação dos direitos e efetivação da cidadania”. Esse foi o alvo da atuação porque era recorrente o fato de crianças em curto espaço de tempo sofrerem várias internações.

Então se pensou que o Programa de Saúde da Família (PSF), que tem como princípios “[...] um atendimento focado nas condições de vida do usuário, conhecimento e respeito às especificidades locais e substituição do modelo curativo pela prevenção, proteção e recuperação da saúde, e com isso contribui para atenção mais integral” (LAPPIS, 2004), seria um importante aliado no combate a esta situação porque ele está próximo das famílias e poderia estar acompanhando-as de forma efetiva o que resultaria em qualidade de saúde aos usuários; e este é o segundo eixo, a articulação entre as equipes de PSF e o HU, colocando em movimento o processo de referência e contra-referência.

Na verdade o PSF<sup>8</sup> foi umas formas encontradas para garantir às crianças e adolescentes internados e suas famílias, quando estivesse de alta hospitalar, um atendimento integral como o que lhe era proporcionado enquanto estavam internados.

O terceiro eixo se refere às estratégias de ação desenvolvidas, por exemplo: discussão do projeto com a equipe de trabalho da Unidade de Internação Pediátrica por meio

---

<sup>8</sup> O Programa de Saúde da Família foi criado em 1994, a estratégia de territorialização permitiria compreender a dinâmica do núcleo familiar, suas relações na sociedade, inclusive o modo social de produção, e avaliar que determinantes sociais contribuem para melhor ou pior desenvolvimento do processo de saúde na comunidade. Existem alguns indicadores de atenção propostos pelo Ministério da Saúde como: saúde da mulher, saúde da criança, controle da hipertensão, controle do diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e saúde bucal (BRASIL, 1997).

de reuniões semanais; identificação e discussão dos casos junto à equipe que necessitam de encaminhamento e acompanhamento do Programa de Saúde da Família.

O quarto eixo é caracterizado pelas visitas às Unidades Básicas de Saúde, com o objetivo de observar a rotina prática da equipe multiprofissional que atua no Programa de Saúde da Família; visitas domiciliares aos pacientes encaminhados com o intuito de observar a dinâmica familiar; elaboração de cadastro dos pacientes encaminhados ao Programa de Saúde da Família, para acompanhamento e posterior avaliação dos resultados; contatos telefônicos com a equipe multidisciplinar do Programa de Saúde da Família.

Neste processo de articulação entre equipe do hospital, família e equipe da unidade de saúde, trabalhou-se com cinco famílias. Houve duas situações em que no bairro não havia unidade de saúde, então os usuários foram encaminhados ao Programa de Agentes Comunitários<sup>9</sup>.

Para melhor compreensão serão descritas as ações desenvolvidas com relação às famílias, e uma análise do processo<sup>10</sup>.

### 2.2.1 Família Azul:

O primeiro atendimento realizado foi com Azul, com 8 meses residente em Florianópolis. Este foi internado no dia 17/03/2004 em decorrência de uma dermatite, e era sua segunda internação.

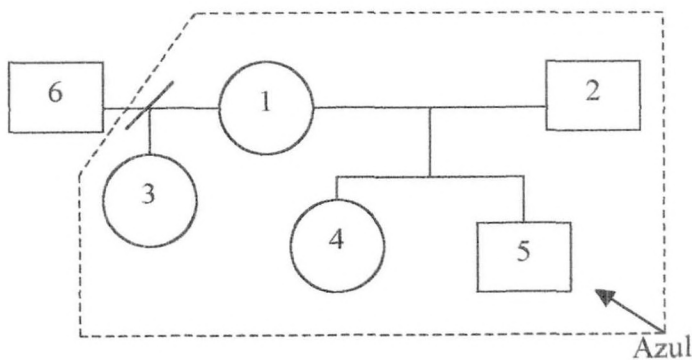
Azul é membro de uma família que hoje é composta pelo pai, mãe e irmãs caracterizando uma família recomposta, pelo fato de ser a segunda união de sua mãe. A mãe

---

<sup>9</sup> O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) faz parte do PSF, sendo que este evoluiu do PACS. O PACS desenvolve ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto às unidades para programação e supervisão das atividades (BRASIL, 1997).

<sup>10</sup> Por questão ética, serão utilizados nomes fictícios a fim de preservar a identidade das famílias.

de Azul (1) tem 28 anos e é do Lar, seu pai (2) tem 23 anos e trabalha como biscateiro <sup>11</sup>, sua irmã mais velha (3) tem 4 anos e frequenta uma creche pública junto com a mais nova (4) que tem 2 anos, a figura indicada pela seta (5) é azul. À parte tracejada indica a unidade familiar, ou seja, aqueles que residem no mesmo domicílio.



Durante a primeira internação Azul houve acompanhamento por parte do serviço social, e constava em seu prontuário a observação que a mãe da criança não cumpria as recomendações médicas com relação aos cuidados, até mesmo faltando em consultas médicas de rotina, o que impedia a melhora da situação de Azul. Além disso, profissionais da equipe informaram que a mãe de Azul teria pensado em um aborto quando soube da gravidez deste, por não ser planejada e pela família estar passando por dificuldades financeiras. Levantaram a hipótese que estas questões poderiam estar influenciando no relacionamento mãe/ filho.

<sup>11</sup>O significado da categoria de trabalho definida como biscateiro para a família, é um trabalhador que atua em serviços gerais, fazendo “bicos”, isto é, não tem um trabalho fixo esse disponibiliza no mercado de trabalho conforme as oportunidades de trabalho que surgem.

Constava também no prontuário que em determinada data a equipe da UIP havia entrado em contato com o SOS Criança<sup>12</sup> para informar que a família de Azul não estava cumprindo com o tratamento.

A família de Azul foi atendida pelo serviço social, a pedido da equipe por ser sua 2ª internação. Nesse acompanhamento verificamos que havia demandas para a questão do leite especial, do passe de ônibus e a solicitação de informações pela mãe sobre o planejamento familiar.

Neste período a mãe de Azul passava por processo de luto, pois sua mãe havia falecido há pouco tempo. A equipe observou características depressivas nela e por isso teve acompanhamento da psicologia. Todas essas situações foram discutidas e encaminhadas na reunião de intercâmbio.

Então, por tais motivos, durante a internação encaminhamos a família de Azul a unidade de saúde próxima a sua residência para que este recebesse o leite especial à base de soja, fornecido pela Prefeitura Municipal de Florianópolis por meio destas. Também solicitamos passes do transporte urbano para a mãe de Azul, que constantemente necessitava ir até em casa porque tinha outros filhos, porém este direito foi negado devido ao período de implantação do novo sistema de transporte (cartões)<sup>13</sup>; a pedido da mãe de Azul foi feito encaminhamento ao planejamento familiar.

---

<sup>12</sup> O SOS Criança é um projeto da Prefeitura Municipal de Florianópolis que faz parte do programa Sentinela. O SOS Criança atende a partir de denúncias anônimas situações de violência física, psicológica, sexual e negligência (domésticas), contra crianças e adolescentes.

<sup>13</sup> Antes da implantação do sistema de transporte integrado o serviço social do hospital disponibilizava passes de papel a alguns acompanhamentos das crianças, e até à pacientes de alta hospitalar, mas com o novo sistema não havia como isso ocorrer porque os antigos passes foram substituídos por cartões, e o núcleo de transportes ainda não tinha uma resolução concreta para esta substituição.

Por fim, quando Azul estava de alta hospitalar, estabelecemos contato com a equipe de saúde da família do bairro onde residia Azul para solicitar o acompanhamento da criança por parte desta, e agendar uma visita à unidade e posteriormente ao lar de Azul. Fomos prontamente atendidos e as visitas se realizaram.

A visita à unidade de saúde realizou-se no dia 22/04/2004. A enfermeira que nos atendeu explicou-nos o funcionamento da unidade, que atende uma área de onde estão 2.130 domicílios, que três áreas de cobertura da unidade estão sem equipes de saúde da família, os profissionais que a compõe, as atividades desenvolvidas pela unidade junto à comunidade<sup>14</sup>; e posteriormente como era a relação da família com a unidade. Ela também nos relatou o que no hospital a equipe já havia apreendido, ou seja, que a família não prestava à criança os devidos cuidados e faltava às consultas agendadas. Mesmo sem agente da saúde na área em que reside, Azul estava sendo acompanhado pela equipe.

No mesmo dia foi realizada a visita domiciliar onde se pode observar a realidade social da família, e obter-se informações sobre o atendimento que estava sendo realizado pela unidade de saúde.

Através das ações efetuadas tivemos 3 resultados objetivos. O leite especial, efetivado por meio da unidade de saúde; o acompanhamento da família pela equipe de PSF; e o encaminhamento para o planejamento familiar. Tivemos ainda a integração entre o HU e a unidade de saúde, reafirmando a inserção da família no PSF, por residirem em uma área descoberta pelo programa.

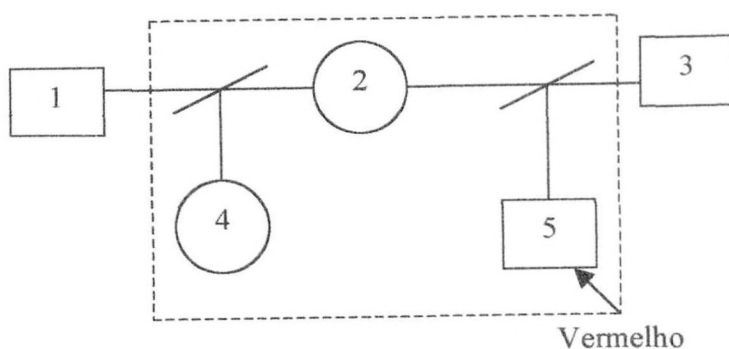
---

<sup>14</sup> As atividades são: grupos de gestantes, de diabéticos e de crianças com baixo peso.

### 2.2.2 Família Vermelho:

O segundo atendimento foi realizado com Vermelho, 1 ano e 7 meses, residente em Palhoça. Este foi internado no dia 02/04/ 2004 com quadro de síndrome diarréica aguda. Esta era sua segunda internação no hospital. No primeiro episódio ocorrido em 22/06/2003, ele apresentava gastroenterite e escabiose. A irmã (4) do usuário também já foi internada na unidade, inclusive no mesmo período da primeira internação do irmão.

Realizou-se no período de internação uma entrevista com a mãe de Vermelho, onde se pode observar que este é membro de uma família monoparental, chefiada por sua mãe (2), já que o pai não convive com a família. A mãe de Vermelho tem 18 anos, estava desempregada e estudou até a 3ª série do ensino fundamental. A criança reside com a mãe, a irmã (4) com 2 anos, a avó e duas tias. A família é natural do oeste catarinense e reside em Florianópolis há 8 anos.



Assim como a maioria das famílias migrantes entrevistadas durante o estágio, essa também veio para Florianópolis com a esperança de melhores oportunidades, e quando chegou na cidade se deparou com dificuldades de moradia, emprego, entre outras. Assim depende da ajuda de alguns familiares para suprir suas necessidades, já que os pais das

crianças não lhes pagam pensão e abandonaram os filhos mesmo antes do nascimento, e não mantêm nenhum contato com a família.

A família vive em um local de inexistente infra-estrutura de saneamento básico, energia e sistema de água, esta é retirada de poços por não ser disponibilizada pela companhia de água e esgoto.

A primeira internação de Vermelho ocorreu em decorrência do quadro de síndrome diarreica aguda desencadeada pela intolerância a lactose, e devido a este problema a criança precisava ingerir somente um leite especial sem lactose que é de alto custo. A família não tinha condições de comprar o leite por viver em situação de miserabilidade, e foi encaminhada a prefeitura de Palhoça. Segundo informações da mãe esta não disponibilizou o leite, apesar de o serviço social ter entrado em contato com a prefeitura para saber como proceder neste caso, e encaminhar a família segundo as orientações dadas.

No dia 15/08/2003, quando Vermelho estava de alta hospitalar, a mãe juntamente com uma estagiária de serviço social foram até a prefeitura de Palhoça buscar o leite, naquele dia foram disponibilizadas duas latas e o restante iriam providenciar, o que não ocorreu efetivamente. Então, a mãe de Vermelho voltou a introduzir na alimentação do filho o leite comum, o que resultou na segunda internação (04/2004). Desta vez, optou-se por entrar em contato também com a unidade básica da saúde próxima a residência da família.

No dia 14/04/2004 contatamos com o Conselho Tutelar para avisá-los que estávamos encaminhando, novamente,<sup>15</sup> a família de Vermelho com a mesma solicitação. No dia 07/05/2004 retomamos o contato com o conselho para saber se o leite havia sido disponibilizado à criança, mas não souberam nos informar qual era a situação.

---

<sup>15</sup> Durante a primeira internação o serviço social estabeleceu contato telefônico com o Conselho Tutelar de Palhoça, e este realizou uma visita ao hospital enquanto Vermelho estava internado para acompanhar a situação.

Como no período de internação de Vermelho estabeleceu-se contato com a unidade de saúde de seu bairro, então, no dia 14/05/2004 realizou-se uma visita nesta. Fomos atendidos por uma enfermeira que, expôs a nosso pedido, um pouco da dinâmica de atendimento da unidade. Esta referiu que a unidade não consegue atender a toda a demanda apresentada por vários motivos; um deles é devido ao fato de ser uma comunidade atendida estar localizada em uma das regiões mais carentes da grande Florianópolis, assim para qualquer dificuldade, mesmo para problemas não relacionados diretamente à saúde as pessoas procuram a unidade. Outras dificuldades são a rotatividade de profissionais na unidade e o predomínio do tráfico de drogas na região tornando o local violento e de difícil acesso até mesmo para visitas domiciliares. Este foi o motivo de não podermos realizar uma visita domiciliar a Vermelho neste dia.

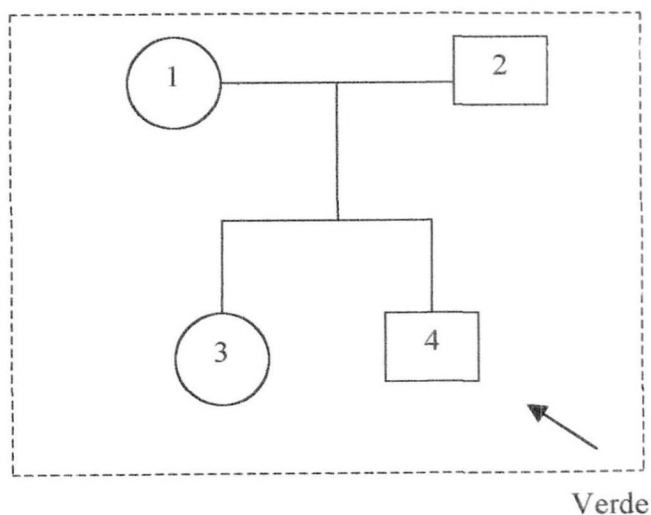
Através das ações efetuadas, teve-se como resultado objetivo somente a reafirmação da família no PSF, ficando sob a responsabilidade do Conselho Tutelar tomar as providências necessárias.

### 2.2.3 Família Verde:

O terceiro atendimento foi realizado com Verde, 8 meses, residente em Palhoça. Este foi internado no dia 06/04/2004, com quadro de síndrome diarreica aguda, e de muitas semelhanças com o usuário Vermelho, afinal, ambos internaram em datas próximas, com o mesmo quadro, e residentes na mesma cidade e bairro.

Verde é membro de uma família classificada como nuclear, isto é, composta por sua mãe (1), com 17 anos, do lar; pelo pai (2), com 22 anos, pedreiro, e a irmã (3) com 1 ano e 7 meses. À parte tracejada indica a unidade familiar, ou seja, aqueles que residem no mesmo domicílio.





Os pais de Verde são naturais do planalto catarinense, e como as demais famílias citadas, migraram em busca de melhores condições de vida, pois já tinham familiares que residiam na cidade e os incentivaram a vir também.

Verde necessitou dos mesmos encaminhamentos de Vermelho, por precisar fazer uso do leite especial sem lactose e ser acompanhado pelo PSF. Portanto, estes foram realizados concomitantemente, sendo os resultados das ações os mesmos.

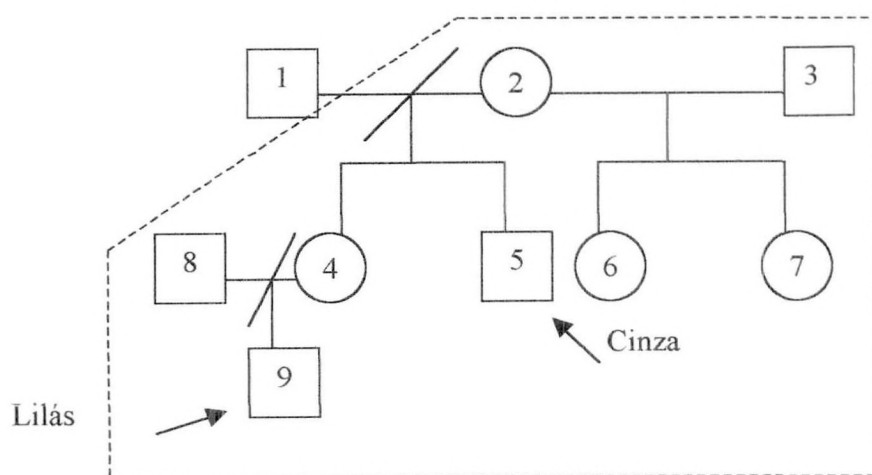
#### 2.2.4 Família Cinza e Lilás:

O quarto e quinto atendimentos realizados se deram em duas situações diferentes, porém com a mesma família, por isso serão abordados juntos.

Cinza é um adolescente de 12 anos, internado em 02/05/2004 na UIP por mordida de cachorro; Lilás é um bebê de 1 mês internado por dermatite, ambos são moradores da Florianópolis e o segundo é sobrinho do primeiro.

A família de Cinza (5), é classificada como recomposta, já a de Lilás (9) como monoparental. À parte tracejada indica a unidade familiar, ou seja, aqueles que residem no mesmo domicílio, este possui 2 cômodos. A mãe de Cinza (2) tem 32 anos e é do lar, o

padrasto (3) é servente de pedreiro. As irmãs do adolescente têm respectivamente (4) 13 anos (mãe de Lilás), (6) 9 anos e (7) 3 anos.



Com relação a Cinza, no período da internação alguns fatos chamaram a atenção da equipe, por exemplo, o de sua família não visitá-lo. O serviço social tentou entrar várias vezes em contato com a mesma, mas todos os telefones que constavam no prontuário de Cinza não pertenciam a sua família. Como sua irmã estava com Lilás internado pedimos a ela que solicitasse a presença de algum familiar no hospital. Nossa insistência se deu pelo fato de Cinza apresentar comportamento agressivo com a equipe e com os acompanhantes e crianças internadas.

Alguns dias depois a mãe de Cinza compareceu ao hospital por curto período de tempo, e conversou com a assistente social, referiu ter dificuldades de convívio com o filho e que não queria mais que ele morasse com a família, sugeriu até mesmo que ele fosse institucionalizado.

Até então, as informações estavam nebulosas, foi necessário investigar mais a fundo a situação, afinal segundo a mãe, Cinza era agressivo por si só, como se nunca tivesse convivido com a violência. Então, entramos em contato com profissionais que atuam na região

onde residia Cinza e fomos informados de que a história de violência nessa família vem de longa data. Uma das tias de Cinza, por exemplo, em 1999 foi denunciada junto a órgãos públicos por espancar e manter os filhos em cárcere privado. A situação ficou mais emaranhada, com relação a Cinza, porque o adolescente evadiu do hospital no dia 08/05/2004.

Diante da situação, foram realizados contatos telefônicos com várias instituições para se saber quais atendimentos já haviam sido realizados com de Cinza a fim de não se executar nenhuma ação repetida com a família.

Com relação a Lilás, o atendimento se deu no sentido de orientar a mãe adolescente, juntamente com a equipe, nos cuidados com a criança, e prevenção de outras gravidezes. Esta estabeleceu pouca comunicação com a equipe, e havia suspeitas de que Lilás era filho do padrasto de sua mãe, mas nada foi confirmado.

Tentou-se encaminhar a família ao PSF, mas não foi possível porque no bairro onde estes residiam não havia unidade de saúde. Então, entrou-se em contato com o programa de agentes comunitários (PACs) do local, que já conhecia e acompanhava a família. Solicitamos uma visita domiciliar para verificar a situação dos usuários que haviam sido acompanhados no hospital.

No dia 11/05/2004 realizamos uma visita domiciliar a Cinza e a Lilás. Conversamos com a mãe e com padrasto de Cinza (este estava alcoolizado). Ambos referiram que o adolescente desde a infância era visto como uma criança “ruim”, porque aos 5 anos apanhou do dono de um estabelecimento por ter pego um produto. Então a família o via como alguém nascido e destinado ao crime, a malandragem. Seu padrasto chegou a compará-lo a um de seus filhos que cumpre pena em um presídio, como se o fim de Cinza fosse o mesmo. Também comentaram que repreendiam o adolescente com surras quando era menor, porém agora ele vivia mais na rua do que em casa, e a mãe voltou a se referir à possibilidade de

institucionalizar Cinza, e disse que a situação já era acompanhada por diversos programas e instituições do município.

Com relação Lilás, segundo a enfermeira do PAC's, estava nas mesmas condições quando da internação. Esta orientou a mãe da criança nos cuidados que deveria ter para evitar o agravamento da doença e uma nova internação.

Realizamos alguns esclarecimentos e orientações junto à família e continuamos acompanhando a situação até que soubemos que haviam se mudado para outro bairro e não tivemos mais contato.

Após a visita domiciliar elaborou-se um documento que iria ser entregue ao Conselho Tutelar de Florianópolis solicitando uma ação mais eficaz para com a situação familiar apresentada, o que não ocorreu porque a família se mudou.

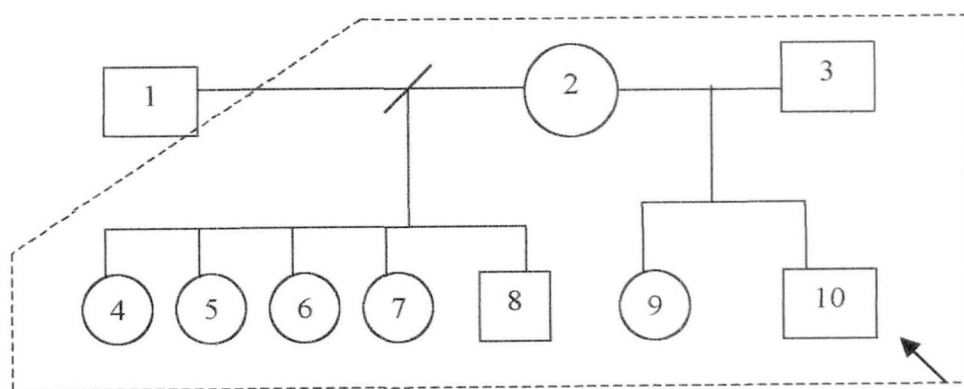
Neste atendimento o único resultado concreto das ações foi o acompanhamento do PAC's, que na verdade já acontecia efetivamente, e que foi interrompido pela mudança da família.

#### 2.2.5 Família Amarelo:

O sexto atendimento realizado foi com Amarelo, 10 meses, residente em Florianópolis. Este foi internado no dia 23/05/2004, em decorrência do quadro de gastroenterite aguda. Antes de ir ao hospital a família procurou a unidade de saúde próxima a sua residência, onde a criança foi medicada, mas não apresentou melhoras, então foi encaminhada ao hospital.

Amarelo é membro de uma família, atualmente composta por seu pai, mãe e irmãos. Ela se caracteriza como recomposta, pois esta é a segunda união da mãe de Amarelo. Esta (2) tem 31 anos, é analfabeta, trabalha como faxineira esporadicamente. O pai (3) tem 35 anos estudou a até a terceira série do ensino fundamental, é servente de pedreiro e possui

registro em carteira. Amarelo tem uma irmã (4) com 16 anos que parou de estudar, outra (5) com 13 anos e está na 3ª série do ensino fundamental, ainda uma (6) com 11 anos e uma (7) com 9 anos ambas na 2ª série do ensino fundamental, o irmão (8) com 8 anos que não estava estudando porque a família não havia conseguido vaga na escola pública próxima de sua residência, e última irmã (9) com três anos; a figura indicada pela seta é Amarelo, 10 meses. A parte tracejada indica a unidade familiar, ou seja, aqueles que residem no mesmo domicílio.



Amarelo

No dia 25/05/2004 realizou-se uma entrevista com a mãe de Amarelo. Ela nos contou que a família migrante da cidade de Ponta Grossa (PR), e está em Florianópolis há 8 anos, referiu que vieram para esta cidade em busca de melhores condições de vida para a família, e em sua avaliação isto se efetivou, apesar de residirem em uma área de encosta, de já terem morado em pelo menos 4 locais diferentes antes e tendo outras dificuldades. Uma delas é a falta de oportunidades de vaga no ensino fundamental para um dos filhos (8), situação que a própria família tentou resolver junto ao Conselho Tutelar, pois temiam que isto fosse interpretado como irresponsabilidade por parte deles, quando na verdade era com relação à disponibilidade da escola.

O fato de a família de Amarelo ser extensa nos chamou a atenção, por isso orientou-se a família sobre a participação no planejamento familiar, eles aderiram a idéia porque já estavam pensando em realizar vasectomia, porém como o pai de Amarelo estava com problemas de saúde, deixou-se a critério da equipe que os orientaria, juntamente com o casal, a escolha do método mais indicado.

Então, por tais motivos encaminhamos a família ao planejamento familiar do HU e a unidade básica de saúde do bairro onde residiam. Em contato telefônico com a unidade, constatou-se que a família de Amarelo já era acompanhada pela equipe de PSF, assim as ações somente continuaram acontecendo.

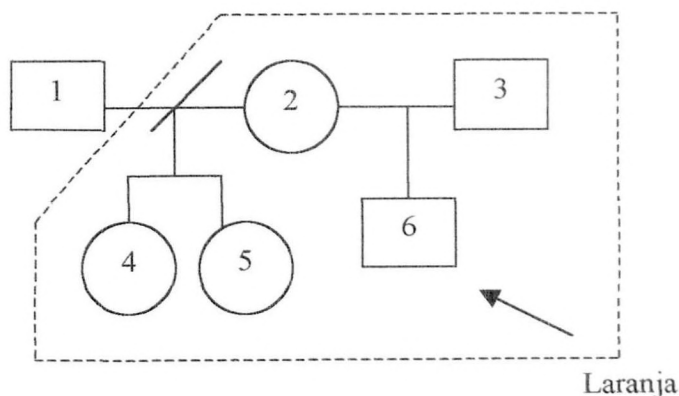
#### 2.2.6 Família Laranja:

O sétimo e último atendimento foi realizado com Laranja, 1 mês e 27 dias, residente em São José. Este foi internado em decorrência de uma bronquiolite no dia 27/05/2004.

Laranja é membro de uma família recomposta<sup>16</sup>. Sua mãe (2) tinha 20 anos e trabalhava em uma fábrica, estava no período de licença maternidade, o pai (3) com 20 anos trabalhava no mercado informal. As irmãs (4 e 5) de Laranja tinham respectivamente 6 e 3 anos e freqüentavam creche. À parte tracejada indica a unidade familiar, ou seja, aqueles que residem no mesmo domicílio.

---

<sup>16</sup> A figura isolada se refere ao ex-companheiro da mãe de Laranja, e o pontilhado as pessoas que coabitam.



No período de internação acompanhamos a família por encaminhamento da equipe. Observamos que os pais de Laranja eram bastante jovens e já possuíam uma família numerosa. Diante disso, orientou-se a mãe quanto ao planejamento familiar, e esta preferiu que fosse realizado através da unidade de saúde. Ainda no período de internação estabelecemos contato com a unidade de saúde e solicitamos o acompanhamento da família, expondo as demandas identificadas no hospital que poderiam ser atendidas via unidade, e agendamos uma visita institucional e domiciliar.

No dia 26/06/2004 foi realizada visita a Unidade Básica de Saúde próxima à casa de Laranja, onde nos foi exposta a realidade desta, por uma enfermeira. A Unidade está localizada na periferia do município de São José e atende uma área que possui aproximadamente 1.800 famílias<sup>17</sup>. A população atendida é, segundo a profissional, carente e não procura a unidade para a prevenção de doenças, somente para situações de emergenciais. Com relação à família de Laranja, esta ainda não tinha sido visitada pelo PSF porque a equipe passou por mudança de profissionais.

<sup>17</sup> A unidade desenvolve grupos como: gestantes, depressivos, crianças com baixo peso, hipertensos e diabéticos.

No mesmo dia foi realizada a visita domiciliar onde se pode observar a realidade social da família, e obter-se informações da mesma através do agente comunitário que nos conduziu até o domicílio.

Como resultado das ações realizadas, estão o encaminhamento e a reafirmação por meio da visita a unidade de saúde, da necessidade da família ser acompanhada pelo PSF, e a inserção da mesma no planejamento familiar.



## 2.3 ANÁLISE

O princípio da integralidade discutido neste trabalho, seus sentidos, bem como sua relação com a prática profissional nos remete a alguns pontos de análise.

Nota-se que ainda as políticas públicas não são executadas numa perspectiva da integralidade, porém as já existentes têm denotado a efetividade por meio de resultados concretos de mudança nas estatísticas, como é o caso da política de combate a DST/AIDS, como ressalta Pinheiro (LAPPIS, 2004), ao dizer que “esta política é considerada mundialmente como uma política exitosa, porque seus efeitos repercutem em todos os níveis do Sistema”. Isso significa que quando as práticas em saúde articulam prevenção e serviço de qualidade, tem-se consequência positiva.

A partir disso, em primeiro lugar, considerando as necessidades da população atendida é impensável trabalhar apenas a partir do modelo biomédico. No entanto, apesar do Sistema Único de Saúde ser pautado em uma lógica ampliada de saúde, onde deve ser observado e compreendido o contexto em que os usuários vivem, ainda de maneira geral encontra-se um atendimento fragmentado. A integração entre os níveis de atenção proposta pelo SUS não se realiza, a lógica do sistema de articulação entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária não é efetivada. A intersetorialidade, que é a integração entre as políticas é pauta do Serviço Social nas situações que lhe são encaminhados que refere se também a intersetorialidade das políticas setoriais, isto é, de todas que de alguma forma se interligam no momento do atendimento das famílias, dos usuários, dos trabalhadores, em qualquer espaço institucional.

Diante desse quadro o projeto de estágio curricular desenvolvido na Unidade de Internação Pediátrica do HU, foi uma pequena tentativa de colocar a integralidade em movimento.

O PSF é um programa que objetiva isso também, principalmente porque está próximo dos usuários proporcionando a estes a participação da qualificação das práticas, direta ou indiretamente (através de conselhos de saúde, do cotidiano, etc.). Quando a comunidade é instrumentalizada, os cidadãos passam a compreender que a atenção à saúde é um direito universal e assim, está preparada para reivindicar melhorias para si. Isto tem acontecido pontualmente de acordo com o que se observou nas visitas as unidades de saúde, entretanto gradualmente tem avançado. Obviamente que este trabalho de “emancipação” dos cidadãos não se dá somente no nível primário de atenção, mas em todos eles e também nos demais *locus* de atuação profissional.

Com relação à integralidade como prática profissional não fragmentada, observou-se que ainda é recorrente o exercício focado na relação saúde-doença por parte de alguns profissionais, contudo pode-se dizer que devido à formação acadêmica diferenciada, (e este é um dos pontos discutidos também), mudanças significativas têm ocorrido. Uma delas é um outro ponto discutido, a integralidade como trabalho em equipe. Os profissionais têm se voltado para a interação do trabalho, para o reconhecimento das atribuições de outras profissões, e para o impacto positivo que esta prática resulta. Este é um diferencial do trabalho na UIP do HU.

Por fim, tem-se as práticas alternativas de saúde. Este é o sentido que está aos poucos conquistando seu espaço em meio à tradição biomédica. Nas unidades de saúde visitadas não se encontrou nenhuma que oferecesse este tipo de serviço, nem mesmo a homeopatia que é uma prática bastante difundida.

Portanto, através do trabalho realizado observa-se que a consecução do princípio da integralidade é fundamental para assegurar o direito à saúde na perspectiva de seu conceito ampliado, isto é, saúde resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CNS, 1993).

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho proporcionou a construção de um olhar apurado com referência à prática de estágio. Entende-se que é relevante tal aprendizado, que aglutina questões de ordem teórica refletidas na prática, neste caso o princípio da integralidade do SUS, no exercício profissional.

A discussão acerca da integralidade tem se destacado por retomar este princípio do SUS que ficou aquém em relação à equidade e a universalidade. Entende-se que os três princípios são essenciais ao funcionamento do sistema, mas especificamente a integralidade é de relevante destaque por ser um tema tão profundo e quase que inesgotável.

A integralidade é fundamental na discussão das políticas públicas de saúde porque é por meio dela que se pode viabilizar a saúde na perspectiva da visão ampliada desta, é necessário compreendê-la e executá-la em todos os seus sentidos, senão a prática biomédica hegemônica persistirá.

Este trabalho veio a contribuir imensamente de várias formas, uma delas é para a formação acadêmica, proporcionando reflexão e despertar para a prática da integralidade nos espaços institucionais e nas práticas “individuais”.

Diante disso, espera-se que este contribua no sentido de abrir caminhos e suscitar, despertar os estudantes e profissionais para a discussão sobre integralidade no trabalho profissional, e instigá-los a estudar e produzir pesquisas nesta área onde a produção científica do serviço social é restrita. Isso reforça que o assistente social por tradição e formação faz gestão da integralidade o que está condicionado a formação profissional diferenciada.

Portanto, deve-se utilizar deste olhar diferenciado frente às demandas, para qualificação profissional, desenvolvendo projetos, e pesquisas de modo a evidenciar a importância do assistente social nas equipes de trabalho, tê-lo como profissional referência e imprescindível a composição da equipe.

É importante ressaltar que apesar deste trabalho ter sido elaborado na perspectiva das práticas em saúde, especificamente, ele pode ser aplicado a praticamente qualquer espaço de trabalho do assistente social; afinal todos devem em sua atuação profissional desenvolver um trabalho voltado a totalidade dos usuários atendidos.

Um ponto a destacar neste trabalho é a contribuição para o repensar dos serviços em saúde, espera-se que projetos e programas considerem a integralidade no momento de formulação, mas principalmente em sua efetivação nas práticas cotidianas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; WESTPHAL, M. (org) *Gestão de Serviços de Saúde: descentralização/ municipalização do SUS*. 1 Ed. São Paulo: EDUSP, 2001.

ACIOLI, S. Alguns dos Princípios da Educação Popular estão Incorporados pela Proposta da Educação Permanente. *Laboratório de Pesquisas Sobre Práticas de Integralidade em Saúde* (LAPPIS). Disponível em: < <http://www.lappis.org.br> > em 02/09/2004 – 21:35

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1Ed. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2001.

\_\_\_\_\_. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Ministério da Saúde. Brasília: 1997.

\_\_\_\_\_. *Conselho Nacional de Saúde*. Resolução CNS n. 38, 1993.

CAMARGO Jr, K. R. Um Ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). *Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde*. 1 Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

CARREIRÃO, E. C. O. *O Adolescente e o Atendimento Público da Saúde: as mudanças com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente*. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: UFSC, 2002.

CECÍLIO, L. C. de O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org.). *Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. 1Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

FERLA, A. A., CECCIM, R. B., PELEGRINI, M. L. M. Atendimento Integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). *Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde*. 1 Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

FEUERWERKER, L. O Profissional de Saúde Precisa Ser Capaz de Uma Abordagem Integral. *Laboratório de Pesquisas Sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS)*. Disponível em: < <http://www.lappis.org.br> > em 29/10/2004 – 19:20.

HENRIQUES, R. L. M., ACIOLI S. A Expressão do Cuidado no Processo de Transformação Curricular da FENF-UERJ. In: PINHEIRO R., MATTOS R. A. de (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 1 Ed. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004.

JUNQUEIRA, L. A.P., INOJOSA, R. M. *Desenvolvimento Social e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/FORTALEZA.htm>> em 25/01/2004 – 01:32.

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE (LAPPIS). *Política Brasileira de AIDS Nasceu Focada na Integralidade*. Disponível em: < <http://www.lappis.org.br> > em 02/09/2004 – 09:30.

\_\_\_\_\_. *Dez Anos de Saúde da Família*. Disponível em: < <http://www.lappis.org.br> > em 02/09/2004 – 09:30.

LACERDA, A., VALLA V. Homeopatia e Apoio Social: repensando as práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). *Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde*. 1 Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

LUZ, M. T. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde na Década de 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (org) *Saúde e Sociedade no Brasil nos anos 80*. 1 Ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org.) *Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. 1Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

\_\_\_\_\_. Integralidade e a Formação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). *Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde*. 1 Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

\_\_\_\_\_. Integralidade é o próprio Caminho, que vai Transformando as Pessoas e Construindo Algo Melhor. *Laboratório de Pesquisas Sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS)*. Disponível em: < <http://www.lappis.org.br> > em 02/09/2004 – 21:35

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. 2 Ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. *Revista Serviço Social e Sociedade* n. 55. São Paulo: Cortez, 1997.

\_\_\_\_\_. Cuidados Sociais Dirigidos à Família e Segmentos Sociais Vulneráveis. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social* n. 4. *O Trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais*. Brasília: UNB, 2000.

\_\_\_\_\_. Famílias e Políticas Públicas. Conferência proferida no Simpósio Internacional *Famílias em Situação de Risco*. Rio Grande do Sul: FURG, 2004.

NOGUEIRA, V. M. R. A Importância da Equipe Interdisciplinar no Tratamento de Qualidade na Área da Saúde. *Revista Katálysis* n.3. Florianópolis: EDUFSC, 1998.

OLIVEIRA, G. S., KOIFMAN, L., MARINS, J. J. N. A Busca da Integralidade nas práticas de Saúde e a Diversificação dos Cenários de Aprendizagem: o direcionamento do curso de Medicina da UFF. In: PINHEIRO R., MATTOS R. A. de (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 1 Ed. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004.

O QUE É INTEGRALIDADE? Disponível em: < <http://www.redeunida.org.br> > em 29/10/2004 – 19:13.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org.). *Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. 1Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

\_\_\_\_\_. Integralidade e Prática Social. *Laboratório de Pesquisas Sobre Práticas de Integralidade em Saúde* (LAPPIS). Disponível em: < <http://www.lappis.org.br> > em 02/09/2004 – 21:35

SILVA Jr, A. G. da, MERHY, E. E., CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). *Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde*. 1 Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.



SILVA, M. L. L. Um Novo fazer Profissional. *In: Capacitação em Serviço Social e Política Social n. 4. O Trabalho do Assistente Social e as Políticas Sócios.* Brasília: UNB, 2000.

SILVA, R. M. da *et al.* *Plano de Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário.* UFSC, Florianópolis, 2002.

SCHRAIBER, L. B. Desafios Atuais da Integralidade em Saúde. *In: Jornal da Rede Feminista de Saúde n. 17*, 1999. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/jornal>> em 18/10/2004 – 23:25.